**Formulir Pendaftaran GCP**

Yth. Panitia penyelenggara Pelatihan **“Good Clinical Practice (GCP)”**

d/a. Sekretariat Pusat Kedoktaran Tropis

Gedung Pusat Pengembangan dan Penelitian, FK-KMK UGM

Jl. Medika, Senolowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Bersama ini saya,

Nama lengkap dan gelar :

(untuk **SERTIFIKAT**)

Tempat dan tanggal lahir :

Jenis kelamin :

Pangkat / Jabatan :

Instansi dan alamat Instansi :

No. Telp / Fax :

Email :

Menyatakan bahwa saya bersedia mengikuti secara penuh (**kehadiran 100%)** Pelatihan **“Good Clinical Practice (GCP)”** tanggal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [Nama Kota], …………………. 2022

 (………………………………………………)

PS: Mohon untuk bisa dikirimkan kembali setelah di tanda tangan melalui email:

 training-pkt.fkkmk@ugm.ac.id